ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 24 ноября 2017 г. N 578

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ В 2012 - 2019 ГОДАХ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНЫХ ВЫПЛАТ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕГО НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПЛАТУ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ И ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИНЫХ ВЫПЛАТ И РАСХОДОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО

СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с пунктами 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктами 2, 3, 6, 11, 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294 (Собрание законодательства Российской Федерации 2011, N 18, ст. 2633, 2012, N 1, ст. 100; N 52, ст. 7500; 2013, N 13, ст. 1559; N 52, ст. 7183; 2015, N 1, ст. 274; N 52, ст. 7614; 2016, N 52, ст. 7680), приказываю:

1. Утвердить:

форму заявления о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска) согласно приложению N 1;

форму описи заявлений и документов, необходимых для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий, согласно приложению N 2;

форму заявления о возмещении расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению N 3;

форму извещения о представлении недостающих документов или сведений согласно приложению N 4;

форму решения об отказе в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности согласно приложению N 5;

форму заявления о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение согласно приложению N 6;

форму заявления о возмещении расходов на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами согласно приложению N 7;

форму заявления о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению согласно приложению N 8;

форму решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) согласно приложению N 9;

форму справки-расчета о размере оплаты отпуска согласно приложению N 10.

2. Признать утратившим силу приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 сентября 2012 г. N 335 "Об утверждении форм документов, применяемых для выплаты в 2012 и 2013 годах страхового обеспечения и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, предусматривающего назначение и выплату застрахованным лицам страхового

обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, иных выплат и расходов территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 октября 2012 г., регистрационный N 25689).

Председатель Фонда
А.С.КИГИМ

Приложение N 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(Ф.И.О. заявителя/его уполномоченного представителя)

Заявление
о выплате (перерасчете) пособия (оплате отпуска)

Прошу в связи с наступлением страхового случая

☐ назначить и выплатить (оплатить)

☐ перерасчитать ранее назначенное пособие

☐ пособие по временной нетрудоспособности

- [ ] пособие по беременности и родам
- [ ] единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности

- [ ] ежемесячное пособие по уходу за ребенком
- [ ] единовременное пособие при рождении ребенка
- [ ] пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием

- [ ] отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно

Способ выплаты:

- [ ] на банковский счет
- [ ] почтовым переводом
- [ ] через иную организацию

Наименование банка: <2>

Счет получателя N <2>

					-						-						-					

БИК <2>

N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии) <3>

Сведения о получателе пособия (оплаты отпуска):

I.

Фамилия

Имя

Отчество

II. Дата рождения (дд-мм-гггг):

III. Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

Кем выдан

Временное удостоверение личности Номер

Действует до (дд-мм-гггг)

Иной документ Серия Номер

Действует до (дд-мм-гггг)

IV. Сведения о документах, подтверждающих постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации: <4>

Вид на жительство ☐ Серия ☐☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Разрешение на временное проживание (пребывание) ☐ Серия ☐☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дата выдачи (дд-мм-гггг) ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

V. Сведения о месте регистрации:

Индекс

☐☐☐☐☐☐

Регион

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Район

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Населенный пункт

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Улица

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дом ☐☐☐☐☐☐☐☐ Корпус ☐☐☐☐ Строение ☐☐☐☐

Квартира ☐☐☐☐☐☐

VI. Сведения о месте жительства (пребывания): <5>

Индекс

☐☐☐☐☐☐

Регион

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира

VII. Контактный номер телефона получателя пособия (с указанием кода)

+7 -- -- --

Реквизиты документов, прилагаемых для назначения:

Форма листка нетрудоспособности:

☐ на бумажном носителе - листок нетрудоспособности

☐ в форме электронного документа - электронный листок нетрудоспособности

I. Пособия по временной нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности (электронный листок нетрудоспособности) N

Дата выдачи (формирования) (дд-мм-гггг) - -

II. Пособия по беременности и родам:

Листок нетрудоспособности (электронный листок нетрудоспособности) N

Дата выдачи (формирования) (дд-мм-гггг) - -

III. Единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности:

Справка о постановке на учет в медицинской организации в ранние сроки беременности от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IV. Единовременного пособия при рождении ребенка:

Справка ф. N 24 ☐ ф. N 25 ☐ ф. N 26 <6> ☐

от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Свидетельство о рождении ребенка <7> от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Серия ☐☐☐☐☐☐☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Иной документ <8> подтверждающий рождение ребенка от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Решение об усыновлении от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Решение об установлении опеки над ребенком от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Справка от другого родителя о неполучении пособия от ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

N ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

V. Ежемесячного пособия по уходу за ребенком:

Свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, за которым осуществляется уход от __ - __ - ____

Серия _____ Номер _____

Решение об установлении опеки над ребенком от __ - __ - ____

N _____

Иной документ, подтверждающий <9> рождение ребенка от __ - __ - ____

N _____

Наличие одного из вышеуказанных документов о рождении (усыновлении) предыдущего ребенка (детей) ☐

либо свидетельство о его (их) смерти ☐

Справка о неполучении пособия:

☐ от отца от __ - __ - ____ N _____

☐ от матери от __ - __ - ____ N _____

Справка о неполучении пособия по другим местам работы <10>

от __ - __ - ____ N _____

☐ Постоянное проживание

☐ Работа

☐ В зоне с правом на отселение

☐ В зоне отселения

☐ В зоне с льготными социально-экономическими условиями

Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, согласен с их передачей в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации и обработкой персональных данных в целях назначения и выплаты пособия.

Подпись заявителя/его уполномоченного представителя

Дата подачи заявления (дд-мм-гггг) __-__-____

Наименование работодателя заявителя

Сведения для назначения пособия: <11>

Тип занятости работника

☐ Основное место работы

☐ Внешнее совместительство

СНИЛС работника

___ - ___ - ___ __

ИНН работника

Заявление работника о замене календарных годов <12> ☐

20__ на 20__ 20__ на 20__

Неполное рабочее время <13> ☐ Размер ставки __,__

Сумма среднего заработка за расчетный период, из них: <14> ____.__

руб. коп.

за 20__ год ____.__

за 20__ год ____.__

руб. коп.

Число календарных дней в расчетном периоде <15> ____

Приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком от __ __ - __ __ - __ __ __ __

(отпуска по беременности и родам) N _____

Период, за который пособие временной нетрудоспособности не назначается <16>

с __ __ - __ __ - __ __ __ __

по __ __ - __ __ - __ __ __ __

Дата начала отпуска (дд-мм-гггг) с __ __ - __ __ - __ __ __ __

Дата окончания отпуска (дд-мм-гггг) по __ __ - __ __ - __ __ __ __

Период простоя <17>

с __ __ - __ __ - __ __ __ __

по __ __ - __ __ - __ __ __ __

Сумма среднего дневного заработка, сохраняемого за работником в период простоя <18> _____ руб. __ коп.

Период простоя <17>

с __ __ - __ __ - __ __ __ __

по __ __ - __ __ - __ __ __ __

Сумма среднего дневного заработка, сохраняемого за работником в период простоя <18> _____ руб. __ коп.

Подтверждаю, что за получателя пособия (оплаты отпуска) уплачивались страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации ☐

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя).

_____

_____ (подпись) _____ (дата) М.П. (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 ┌┬┬┬┬┬┐ - ┌┬┬┬┐ - ┌┬┬┐ - ┌┬┬┐
└┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы представлены в полном объеме и проверены.

_____	_____	_____
Ф.И.О.	(подпись)	(дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица. Не подлежит обязательному заполнению в случае перечисления пособия с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

<3> Заполняется в случае перечисления пособия на банковский счет застрахованного лица, предусматривающий осуществление операций с использованием платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом.

<4> Заполняется, если получателем пособия является иностранный гражданин или лицо без гражданства, постоянно или временно проживающий (пребывающий) на территории Российской Федерации. Для назначения пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием или отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно данная строка не заполняется.

<5> Заполняется в случае перечисления пособия через организацию почтовой связи.

<6> Сведения о данной справке заполняются при рождении ребенка, умершего на первой неделе жизни.

<7> Заполняется в случае выдачи свидетельства о рождении ребенка консульским учреждением Российской Федерации.

<8> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

<9> Заполняется в случае выдачи иного документа о рождении ребенка компетентным органом иностранного государства.

<10> Для лиц, занятых у нескольких страхователей.

<11> Раздел заполняется работодателем получателя пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае направления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации в качестве страхователя настоящего заявления и документов, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия. В случае предоставления в территориальный орган Фонда электронного реестра сведений для назначения и выплаты соответствующего вида пособия данный раздел страхователем не заполняется.

<12> Заполняется в случае замены календарных годов (календарного года) на предшествующие (предшествующий) в соответствии с частью 1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 18; 2009, N 30, ст. 3739; 2010, N 50, ст. 6601; 2011, N 9, ст. 1208; 2012, N 53, ст. 7601; 2016, N 27, ст. 4183).

<13> Размер ставки заполняется только при неполном рабочем дне (неделе) для случаев расчета из МРОТ - значение проставляется в пределах от 0 до 1, в формате десятичной дроби с тремя знаками после запятой, например: 0,250; 0,500.

<14> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

<15> Заполняется в случаях исчисления пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребенком в соответствии с частью 3.1 статьи 14 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством".

<16> Указываются периоды, за которые в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" пособие по временной нетрудоспособности не назначается (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1 ст. 18; 2010, N 50, ст. 6601).

<17> Заполняется в случае временной нетрудоспособности, наступившей до периода простоя и продолжающейся в период простоя.

<18> Для назначения пособий, выплачиваемых в фиксированных размерах, данная строка не заполняется.

Приложение N 2
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

Опись
заявлений и документов, необходимых для назначения
и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

											/										

Код подчиненности

ИНН/КПП

													/										

Настоящим удостоверяется, что _____
_____
(наименование страхователя)
представил в _____
_____
_____

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий:

N п/п	Фамилия, имя, отчество заявителя		Вид выплаты <2>	Краткое наименование документов	Кол-во страниц
1	Ф.				
	И.				
	О.				
2	Ф.				
	И.				
	О.				
3	Ф.				
	И.				
	О.				
4	Ф.				
	И.				
	О.				
5	Ф.				
	И.				
	О.				

6	**Ф.**				
	И.				
	О.				
7	**Ф.**				
	И.				
	О.				
8	**Ф.**				
	И.				
	О.				
9	**Ф.**				
	И.				
	О.				
10	**Ф.**				
	И.				
	О.				
11	**Ф.**				

	И.				
	О.				
12	**Ф.**				
	И.				
	О.				
13	**Ф.**				
	И.				
	О.				

Документы представил:
Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____

_____

_____ _____ М.П.
(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 ┌┬┬┬┬┬┐-┌┬┬┬┐-┌┬┬┐-┌┬┬┐
└┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ _____ _____
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств.

Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется путем проставления кода: "1" - пособие по временной нетрудоспособности; "2" - пособие по беременности и родам; "3" - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности; "4" - единовременное пособие при рождении ребенка; "5" - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; "6" - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием.

Приложение N 3
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или Ф.И.О.
страхователя - физического лица)

Заявление
о возмещении расходов на выплату пособия
по временной нетрудоспособности

Прошу в соответствии с пунктом 6 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта,

утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. ____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

Сведения о получателях пособия:

Начало периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Конец периода временной нетрудоспособности (дд-мм-гггг)	Сумма пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности, выплаченная работнику (в руб. и коп.)	Расходы на пособие за первые 3 дня временной нетрудоспособности, произведенные страхователем сверх норм, установленных законодательством, и подлежащие возмещению (в руб. и коп.)
1. Фамилия, инициалы работника,			
СНИЛС работника			
__-__-____	___ ___ ____	____.__	____.__
2. Фамилия, инициалы работника,			
СНИЛС работника			
__-__-____	___ ___ ____	____.__	____,__
3. Фамилия, инициалы работника,			
СНИЛС работника			
__-__-____	___ ___ ____	____.__	____.__
4. Фамилия, инициалы работника,			

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	___ ___ _____	_____.__	_____.__

5. Фамилия, инициалы работника, _____ __.__.

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	___ ___ _____	_____.__	_____.__

6. Фамилия, инициалы работника, _____ __.__.

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	___ ___ _____	_____.__	_____.__

7. Фамилия, инициалы работника, _____ __.__.

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	___ ___ _____	_____.__	_____.__

8. Фамилия, инициалы работника, _____ __.__.

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	___ ___ _____	_____.__	_____.__

9. Фамилия, инициалы работника, _____ __.__.

СНИЛС работника ___-___-___ __

___-___-_____	____ ____ _____	_____.__	_____.__
		_____.__	_____.__
	Итого:		

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

_____/_____

Код подчиненности

_____

ИНН/КПП

_____/_____

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Индекс

_____

Регион

_____

Район

_____

Населенный пункт

_____

Улица

_____

Дом _____ Корпус ____ Строение ____

Офис/Квартира _____

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на

выплату пособия по временной нетрудоспособности:

Наименование банка:

Счет N

БИК

Лицевой счет организации <2>

Код бюджетной классификации

Документы представил:
Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____
_____

_____ _____ М.П.
(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ _____ _____
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется страхователем, у которого открыто лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

Приложение N 4
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

Извещение
о представлении недостающих документов или сведений
от _____ N _____

Страхователю <2>:

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или
Ф.И.О страхователя - физического лица)

Регистрационный номер

											/										

Код подчиненности

ИНН/КПП

													/										

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/квартира

Заявителю <3>:

Фамилия

Имя

Отчество

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

Кем выдан

Временное удостоверение личности | | Номер | | | | | | |

Действует до (дд-мм-гггг) | | |-| | |-| | | | |

Иной документ | | Серия | | | Номер | | | | | | | | |

Действует до (дд-мм-гггг) | | |-| | |-| | | | |

Сведения о документах, подтверждающих постоянное, временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации:

Вид на жительство | | Серия | | | Номер | | | | | | | | |

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) | | |-| | |-| | | | |

Разрешение на временное проживание (пребывание) | | Серия | | | Номер | | | | | | | | |

Дата выдачи (дд-мм-гггг) | | |-| | |-| | | | |

Сведения о месте жительства (пребывания):

Индекс

| | | | | | |

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом | | | | | | Корпус | | | | Строение | | | |

Квартира | | | | | |

Контактный номер телефона заявителя (с указанием кода):

+7 | | | | | | |-| | | | |-| | | |-| | | |

на основании пункта 7 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, и пунктов 6 и 13 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, необходимо представить в:

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)

в течение 5 рабочих дней с даты получения настоящего извещения, следующие документы или сведения, необходимые для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска):

Вид выплаты <4>:			
N п/п	**Фамилия, имя, отчество застрахованного лица <5>**		**Документы или сведения**
1.	**Ф.**		

	И.		
	О.		
		Вид выплаты:	
N п/п	**Фамилия, имя, отчество застрахованного лица**		**Документы или сведения**
1.	**Ф.**		
	И.		
	О.		

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

_____ _____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

Извещение о представлении недостающих документов
или сведений получил: <6>

_____

_____

(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)/ Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя)

_____ _____

(дата) (подпись)

Код бюджетной классификации

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____

_____

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 ┌┬┬┬┬┬┐-┌┬┬┬┐-┌┬┬┐-┌┬┬┐

└┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ _____ _____

(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется в случае направления извещения страхователю.

<3> Заполняется в случае направления извещения заявителю.

<4> Заполняется путем проставления кода: "1" - пособие по временной нетрудоспособности; "2" - пособие по беременности и родам; "3" - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности; "4" - единовременное пособие при рождении ребенка; "5" - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; "6" - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием; "7" - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период санаторно-курортного лечения и проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно.

<5> Указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при наличии) застрахованного лица и недостающие документы или сведения. При направлении (вручении) извещения заявителю его фамилия и инициалы не указываются.

<6> Заполняется в случае вручения извещения о представлении недостающих документов или сведений непосредственно уполномоченному представителю организации (обособленного подразделения), страхователю - физическому лицу (его уполномоченному представителю), застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

Приложение N 5
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

┌┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┐

│ │

(Ф.И.О. застрахованного лица
(его уполномоченного представителя)

Решение об отказе
в назначении и выплате пособия по временной нетрудоспособности
от _____ N _____

(наименование территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации)

сообщает, что застрахованному лицу:

Фамилия

Имя

Отчество

СНИЛС

Паспорт Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг)

Кем выдан

Временное удостоверение личности Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

Иной документ Серия Номер

Действует до (дд-мм-гггг) - -

Вид на жительство Серия Номер

Дата выдачи/продления (дд-мм-гггг) - -

Разрешение на временное проживание (пребывание) Серия Номер

Дата выдачи (дд-мм-гггг) - -

проживающему (пребывающему) по адресу:

Индекс

Регион

Район

Город (населенный пункт)

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира | | | | | |

Контактный номер телефона (с указанием кода):

+ 7 | | | | | |-| | | |-| | |-| | |

на основании пункта 8 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, отказано в назначении пособия по временной нетрудоспособности в связи с:

_____

_____

(причины отказа со ссылкой на нормативный правовой акт)

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

_____ _____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

Решение об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности получил: <2>

_____

_____

(Ф.И.О. застрахованного лица (его уполномоченного представителя)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется застрахованным лицом (его уполномоченном представителем) в случае вручения решения об отказе в назначении пособия по временной нетрудоспособности непосредственно застрахованному лицу (его уполномоченному представителю).

Приложение N 6
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или Ф.И.О.
страхователя - физического лица)

Заявление
о возмещении расходов на выплату социального пособия на погребение

Прошу в соответствии с пунктом 10 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, возместить расходы на выплату социального пособия на погребение умершего застрахованного лица (умершего несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица):

N п/п	Фамилия, имя, отчество умершего		Фамилия, имя, отчество получателя пособия		Статус лица <2>	Размер выплаченного пособия (в руб. и коп.)
1	Ф.		Ф.			
	И.		И.			.
	О.		О.			
2	Ф.		Ф.			
	И.		И.			.
	О.		О.			
3	Ф.		Ф.			
	И.		И.			.
	О.		О.			
4	Ф.		Ф.			

	И.		**И.**			.
	О.		**О.**			
5	**Ф.**		**Ф.**			
	И.		**И.**			.
	О.		**О.**			
6	**Ф.**		**Ф.**			
	И.		**И.**			.
	О.		**О.**			
7	**Ф.**		**Ф.**			
	И.		**И.**			.
	О.		**О.**			
			ИТОГО			.

в сумме [ ] рублей [ ] копеек

Справки о смерти прилагаются на ____ листах.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

[ ]

Код подчиненности

[ ]

ИНН/КПП

[ ]

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Индекс

[ ]

Регион

[ ]

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на выплату социального пособия на погребение:

Наименование банка:

Счет N

БИК

Лицевой счет организации <3>

Код бюджетной классификации

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____

_____ _____ М.П.
(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) + 7 ┌┬┬┬┬┬┐ - ┌┬┬┬┐ - ┌┬┬┐ - ┌┬┬┐
└┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) <4> ┌┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┐
└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ _____ _____
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Статус лица, которому произведена выплата, заполняется путем проставления кода: "1" - родитель (иной законный представитель) или иной член семьи умершего несовершеннолетнего; "2" - супруг, близкий родственник, иной родственник, законный представитель умершего или иное лицо, взявшее на себя обязанность осуществить погребение умершего.

<3> Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

<4> В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.

Приложение N 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В ┌┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┐
├┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┤
├┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┤
├┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┼┤
└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

(наименование территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или Ф.И.О.
страхователя - физического лица)

Заявление о возмещении расходов на оплату
дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей
(опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

В соответствии с пунктом 11 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, прошу возместить расходы на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

N п/п	**Фамилия, имя, отчество работника**		**Статус <2>**	**Средний дневной заработок (в руб. и коп.)**
1	**Ф.**			
	И.			
	О.			
2	**Ф.**			
	И.			
	О.			
3	**Ф.**			
	И.			
	О.			
4	**Ф.**			
	И.			
	О.			

5	Ф.			
	И.			
	О.			
			ИТОГО	

в сумме ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ рублей ☐☐☐ копеек, в том числе:

- по уплате страховых взносов во внебюджетные фонды:

в сумме ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ рублей ☐☐☐ копеек

- по оплате дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

в сумме ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ рублей ☐☐☐ копеек

Заверенные копии приказов о предоставлении дополнительных оплачиваемых выходных дней указанным лицам для ухода за детьми-инвалидами прилагаются на ____ листах.

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Код подчиненности

☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐

ИНН/КПП

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:
Индекс

☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐

Регион

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату дополнительных оплачиваемых выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами:

Наименование банка:

Счет N

БИК

Лицевой счет организации <3>

Код бюджетной классификации

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____

_____ _____ М.П.
(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 ┌┬┬┬┬┬┐-┌┬┬┬┐-┌┬┬┐-┌┬┬┐
└┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) <4> ┌┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┐
└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Документы принял:

_____ _____ _____
(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется путем проставления кода: "1" - мать; "2" - отец; "3" - опекун; "4" - попечитель.

<3> Заполняется страхователем, у которого открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

<4> В случае отсутствия электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) данная строка не заполняется.

Приложение N 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

В ┌┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┬┐
└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

(наименование территориального органа

Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации
(обособленного подразделения) или Ф.И.О.
страхователя - физического лица)

Заявление о возмещении стоимости
гарантированного перечня услуг по погребению

Прошу в соответствии с пунктом 12 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, возместить стоимость гарантированного перечня услуг по погребению умершего застрахованного лица (умершего несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица)

Сведения об умершем застрахованном лице или застрахованном лице, несовершеннолетний член семьи которого умер:
Фамилия

Имя

Отчество

Сведения о лице, которому оказаны услуги:
Фамилия

Имя

Отчество

Статус лица <2>

Банковские реквизиты для возмещения стоимости гарантированного перечня услуг по погребению:

Наименование банка

Счет N

БИК

Лицевой счет организации <3>

Код бюджетной классификации

Справки о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на ____ листах.

Сведения о специализированной службе по вопросам похоронного дела:

ИНН/КПП

Адрес места нахождения:
Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) специализированной службы по вопросам похоронного дела +7-----------

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по вопросам похоронного дела: _____

_____

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем:

☐ по отношению к умершему на день его смерти

☐ по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер

/

Код подчиненности

ИНН/КПП

													/										

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства страхователя - физического лица:

Адрес места нахождения:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом | | | | | | | | Корпус | | | | Строение | | | |

Офис/квартира | | | | | |

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

_____

_____

(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя +7 | | | | | | - | | | | - | | | - | | |

(уполномоченного представителя)

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

_____ _____ _____

(должность, Ф.И.О. работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Статус лица, которому произведена выплата, заполняется путем проставления кода: "1" - родитель (иной законный представитель) или иной член семьи умершего несовершеннолетнего; "2" - супруг, близкий родственник, иной родственник, законный представитель умершего или иное лицо, взявшее на себя обязанность осуществить погребение умершего.

<3> Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют.

Приложение N 9
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

Решение
об отказе в рассмотрении документов (сведений)
от _____ N _____

(наименование территориального органа
Фонда социального
страхования Российской Федерации)

сообщает, что документы (сведения), представленные для назначения (возмещения)

(указать вид выплаты)

(Ф.И.О. заявителя/полное наименование страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Адрес заявителя/страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Офис/квартира

Контактный номер телефона заявителя (с указанием кода):

+7 - - -

на основании пункта 14 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2019 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной

нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294, возвращаются:

(Ф.И.О. заявителя/полное наименование страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Регистрационный номер страхователя

/

Код подчиненности страхователя

ИНН/КПП страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела

/

СНИЛС заявителя

- -

Адрес места жительства заявителя/адрес места нахождения страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела:

Индекс

Регион

Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение

Квартира/офис

без рассмотрения в связи с _____

_____

(указать причину со ссылкой на нормативный правовой акт)

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

_____ _____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

Решение об отказе в рассмотрении документов (сведений) получил <2>:

_____

_____

(Ф.И.О. заявителя/должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела)

_____ _____

(дата) (подпись)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Заполняется заявителем/уполномоченным представителем страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела в случае вручения решения об отказе в рассмотрении документов (сведений) непосредственно заявителю/уполномоченному представителю страхователя либо специализированной службы по вопросам похоронного дела.

Приложение N 10
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 24.11.2017 г. N 578

Форма <1>

Справка-расчет о размере оплаты отпуска

Фамилия застрахованного лица

Имя застрахованного лица

Отчество застрахованного лица

СНИЛС заявителя

N п/п	Месяц, учитываемый в расчете (в скобках указать год)	Фактически начисленная сумма заработка за данный месяц (руб.)	Количество дней по графику в данном месяце	Количество отработанных дней в данном месяце (всего)	Количество дней временной нетрудоспособности в данном месяце	Сумма, начисленная за период временной нетрудоспособности (руб.)	Количество дней ежегодного оплачиваемого отпуска в данном месяце	Сумма, начисленная за период данного отпуска в данном месяце (руб.)	Начисленные премии в данный месяц <2>	Иное <3>	Сумма <1> (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
Итого:											
Сумма заработка всего (руб.)											
Количество месяцев									12		
Средний месячный заработок (руб.)											
Среднее количество дней в месяце									29,3		

Средний дневной заработок (руб.)	
Количество дней отпуска	
Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб.)	

Руководитель (уполномоченный представитель) _____ _____
страхователя (должность, Ф.И.О.) (подпись)

Дата _____ М.П.
(при наличии)

<1> Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.

<2> Указать вид премии и за какой период.

<3> Указать основания.